

VZOR LEKÁRSKEHO POSUDKU

LEKÁRSKY POSUDOK O BOLESTNOM A O SŤAŽENÍ SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA

spracovaný a vydaný podľa zákona č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“).

| | |
|---|--|
| Údaje o poškodenom: | |
| Meno a priezvisko: | |
| Dátum narodenia: | |
| Adresa: | |
| Povolanie: | |
| Údaje o poškodení na zdraví: | |
| Dátum vzniku poškodenia na zdraví (priznania choroby z povolania):* | |
| Miesto, kde vzniklo poškodenie na zdraví: | |
| Príčina poškodenia na zdraví (podľa poškodeného): | |

A. HODNOTENIE BOLESTNÉHO

| Začiatok liečenia: | | Ukončenie liečenia: | | | |
|---------------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------------------|-------|-------------|
| Z toho v ústavnej starostlivosti od | | do | | | |
| Pracovná neschopnosť od | | do | | | |
| Položka z prílohy č. 1 (časť I a III) | Diagnóza | Hodnotenie v bodoch (§ 9 zákona) | | | Zdôvodnenie |
| | | Počet bodov | Zvýšenie (§ 9 ods. 5 a 6 zákona) | Spolu | |
| | | | | | |
| Celkový počet bodov | | | | | |

B. HODNOTENIE SŤAŽENIA SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA

| Začiatok liečenia: | | Ukončenie liečenia: | | | |
|--|-----------------|--|--------------------------------------|--------------|--------------------|
| Z toho v ústavnej starostlivosti | | do | | | |
| od | | | | | |
| Pracovná neschopnosť | | do | | | |
| od | | | | | |
| Položka z prílohy č. 1 (časť II a IV) | Diagnóza | Hodnotenie v bodoch (§ 10 zákona) | | | Zdôvodnenie |
| | | Počet bodov | Zvýšenie (§ 10 ods. 4 zákona) | Spolu | |
| | | | | | |
| Celkový počet bodov | | | | | |

V

.....
Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára
zdravotníckeho zariadenia.....
Odtlačok pečiatky a podpis prednostu
(zástupcu) zdravotníckeho zariadenia

* Nehodiace sa prečiarknite.